

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N° 1005

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

GURWICZ Girsz

Né le 27 Avril 1912, à Gawrylczyce (Pologne)

ESSAI DE CLASSIFICATION
DE
TUBERCULOSES CUTANÉES

*(Travail fait dans le service du D^r Weissenbach
de l'Hôpital St-Louis, de Paris)*

Président de Thèse : M. H. GOUGEROT, Professeur

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1939

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

PAR

GURWICZ Girsz

Né le 27 Avril 1912, à Gawrylczyce (Pologne)

ESSAI DE CLASSIFICATION

DE

TUBERCULOSES CUTANÉES

*(Travail fait dans le service du D^r Weissenbach
de l'Hôpital St-Louis, de Paris)*

Président de Thèse : M. H. GOUGEROT, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale.....	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	LAINDEL-LAVASTINE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	JENCERMANT.
Clinique ophtalmologique.....	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.....	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...

Professeurs sans chaire.....



HAZARD.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.

MM.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie . HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.
 Médecine légale..... PIEDELIÈVRE.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.
BRULÉ.		BROCQ.
CATHALA.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
CHEVALIER.		de GAUDART
DONZELOI.		d'ALLAINES
DUVOIR.		LEVEUF.
GASTINEL.		MOULONGUET
LAROCHE G.		MOURE.
LIAN.		QUENU.
MOREAU.		VELTER.
SEZARY.		} Clinique chirurgicale.

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER.	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Éducation physique	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*En témoignage de mon amour
filial et de ma grande reconnaissance.*

A MA FEMME

*Qu'elle veuille bien recevoir
ce faible témoignage de ma
profonde affection.*

A MA FILLE

*Qu'elle trouve ici l'expression
de toute ma tendresse paternelle.*

A MES SŒURS, A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRERES

*En témoignage de ma grande
affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

En remerciement d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-FRANKEL

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

INTRODUCTION

La question de la classification de tuberculoses cutanées est très discutée à l'heure actuelle. C'est principalement en raison de l'existence à côté de maladies cutanées dont l'origine tuberculeuse est certaine, d'autres, dont l'origine est seulement probable ou possible et d'autres encore qui relèvent ou semblent relever de la syphilis ou d'autres causes.

CLASSIFICATION DE DARIER

Jusqu'en 1896 la tuberculose cutanée ne comprenait que les tuberculoses appelées typiques c'est-à-dire qui, au microscope, présentaient un follicule, par lequel on définissait une lésion tuberculeuse. En 1896 a eu lieu le III^e Congrès international de Dermatologie, à Londres. Le domaine de la tuberculose cutanée s'est élargi. Aussi DARIER, la même année a présenté à la Société de Dermatologie une classification de tuber-

culoses cutanées qui fut acceptée et qui apparaissait relativement simple. Cette classification est restée jusqu'en 1923. DARIER divisait la tuberculose de la peau en deux groupes, délimités par deux catégories de critères, les uns de certitude, les autres de probabilité.

Trois tests donnaient le caractère de certitude :

— Les réactions à la tuberculine, locales et surtout focales.

— L'obtention d'une culture de Bacille de Koch par ensemencement.

— L'inoculation positive à l'animal en partant de fragments prélevés de la lésion.

Ainsi la première catégorie de certitude comprenait, les tuberculoses de la peau proprement dites, c'est-à-dire : (Voir tableau de classification de la page suivante).

TUBERCULOSES CUTANÉES

1. — *Le tubercule anatomique* ou verrica verrogenica.

C'est une affection qui se voit chez les étudiants, médecins, garçons d'amphithéâtre et garde-malades. L'infection se fait par une piqûre ou souillure d'une érosion. Le début se fait par un érythème douloureux; l'évolution est rapide et bientôt une pustule se forme qui s'indure et s'accroît peu à peu par la confluence de pustules voisines. Finalement la lésion prend la forme d'un papillome corné ou d'un tubercule dur surmonté d'une croûte au pourtour rouge-violacé.

CLASSIFICATION DE DARIER

TUBERCULOSES CUTANÉES	{	Tubercule anatomique.			
		Ulcère tuberculeux.			
		Tuberculose verruqueuse.			
		Gomme tuberculeuse.			
		Tuberculose fongueuse.			
		Lupus vulgaire.			
TUBERCULIDES	{	Lichen scrofulosorum.			
		Tuberculides papulo-nécrotiques.			
		Erythème induré.			
		Sarcoïdes	{	Lupoïdes miliaires dis-	
				séminées des auteurs	
				français, sarcoïdes der-	
				miques angio-lupoïdes.	
		Sarcoïdes hypodermiques.			
		Sarcoïdes noueuses disséminées.			
			Lupus érythémateux.		
	Lupus pernio.				

2. — *L'ulcère tuberculeux* ou tuberculose miliaire de peau et des muqueuses ou dermite μ aiguë.

Il s'agit d'un ulcère unique siégeant le plus souvent à la bouche ou à l'anus, de forme ovoïde, polycyclique ou irrégulière, d'une étendue variant de quelques mm. à 1-2 cm. ; il a un contour festonné ou déchiqueté, des bords à pic ou décollés de coloration violacée et un fond granuleux sensible à la pression.

On trouve d'une façon constante dans les bourgeons charnus le Bacille de Koch. (A l'examen microscopique). L'inoculation au cobaye est toujours positive.

3. — *La tuberculose verruqueuse.*

C'est une lésion qui siège sur les mains, les doigts ou sur les poignets ; elle a une certaine prédilection pour le bord radial de la main et en particulier pour le pouce et la paume même de la main. Elle se présente sous forme de plaques rondes, ovalaires ou allongées suivant un pli de la peau. A la période d'état, le placard est formé de trois zones :

- un halo rouge ou rose violacé périphérique ;
- une zone moyenne plus élevée brun livide, recouverte de pustulettes, de croûtelles et de squames, restant jaunâtre sous la vitro-pression ;
- une surface centrale qui est ou bien cicatricielle et déprimée ou bien le plus souvent, saillante et hérissée de verrucosités cornées séparées par des sillons et des fissures.

La base de la plaque est indurée.

Les Bacilles de Koch se retrouvent souvent à l'examen microscopique.

L'inoculation au cobaye est positive.

4. — *La gomme tuberculeuse* appelée aussi gomme scrofulotuberculeuse.

Elle commence par une induration de la peau, perceptible au toucher avant d'être visible. Le ramolissement auquel aboutit généralement cette induration commence en surface, mais il peut tarder indéfiniment ou même manquer. Le liquide est sanieux ou même séreux, louche et mêlé de sang. L'ulcération est fréquemment de forme irrégulière, anfractueuse, à bords violacés.

Dans les lésions gommeuses, on trouve habituellement des Bacilles de Koch.

Ces lésions tuberculinisent le cobaye.

5. — *La tuberculose fongueuse.*

Elle se présente soit sous la forme d'une tumeur rouge, irrégulière et lobulée, très molle, soit sous la forme d'un placard saillant mamelonné, bien limité, à évolution très rapide, sans tendance à la guérison spontanée.

6. — *Le lupus vulgaire ou de Willan*

C'est une des formes les plus atténuées de la bacillose de la peau. Son élément constitutif caractéris-

tique est un lupome. Tout lupus débute par un lupome minuscule qui s'accroît en même temps que d'autres se forment à côté du premier. Les lupomes typiques sont des tubercules arrondis, du volume d'une tête d'épingle à celle d'un gros pois, de coloration rose jaunâtre, de surface lisse squameuse, érosive, croûteuse ou ulcéreuse, de consistance molle ; à la vitro-pression on voit qu'il est formé d'un tissu jaune bistre translucide.

Le Bacille de Koch se retrouve sur les coupes du lupus, mais très difficilement. Par la méthode de Loewenstein on trouve le Bacille de Koch en majeure partie.

L'inoculation au cobaye est le plus souvent positive.

TUBERCULIDES

L'autre catégorie est formée par les tuberculides qui paraissent être en rapport avec la tuberculose.

DARIER appelait tuberculide toute éruption survenant chez un tuberculeux et d'origine tuberculeuse quelle que soit sa pathogénie. Ce groupe était caractérisé par l'existence, chez les sujets qui en étaient porteurs, de signes de présomption de tuberculose c'est-à-dire :

— Les réactions à la tuberculine, locales et surtout focales.

— La coexistence d'antécédents ou de manifestations osseuses ou viscérales tuberculeuses.

— Enfin, la constatation histologique d'une structure analogue à celle des lésions tuberculeuses authentiques, nappes de cellules épithélioïdes, groupes des cellules géantes, zone périphérique d'infiltration lymphocytaire ou histocytaire, ou se rapprochant sensiblement de cette structure et c'est ce test qui avait le plus de valeur.

Ainsi le groupe de probabilité comprenait :

1. — *Le lichen scrofulorum.*

C'est une dermatose du jeune âge ou de l'enfance qui apparaît sous forme d'éruption papuleuse et qui présente des follicules tuberculeux typiques. Les papules sont très petites, pâles. L'éruption survient sur un terrain tuberculeux ; elle présente des follicules tuberculeux typiques.

Le Bacille de Koch se trouve rarement dans les coupes.

2. — *Les tuberculides papulo-nécrotiques*

se présentent sous forme d'une éruption qui se fait par poussées successives ; les éléments typiques débutent par une très petite élevation rose terne, au niveau de laquelle la palpation permet de constater l'existence d'un nodule, dur, du volume d'une tête d'épingle. Ce nodule au bout d'une semaine accroît et donne un soulèvement épidermique vésico-pustuleux, qui donnera des croûtes, qui ne tombent qu'au bout de deux à quatre semaines.

3. — *L'érythème induré.*

Il est formé par des plaques rosées, rouges ou violacées plus ou moins profondément indurées, mal délimitées, localisées aux membres inférieurs, ayant tendance à évoluer vers l'ulcération ; histologiquement on trouve des follicules tuberculeux.

La constatation du Bacille de Koch et l'inoculation positive à l'animal ont été fréquemment constatées.

4. — *Sarcoïdes.*

On distingue parmi les sarcoïdes :

Les sarcoïdes cutanées

comprenant alors les lupoides miliaires disséminées. Elles se présentent sous forme de tubercules du volume d'un gros pois, siégeant, de préférence, et symétriquement, à la figure, aux épaules et aux poignets.

Les sarcoïdes hypodermiques

formées de nodosités, dures, isolées ou confluentes en placards bosselés, indolentes, du volume d'un haricot à celui d'une grosse noix. Les nodosités n'ont pas tendance à l'extention indéfinie des tumeurs, ni à l'ulcération, ni au ramollissement.

5. — *Le lupus érythémateux*

est formé par des plaques rouges à tendance circonfiné, à zone périphérique rouge foncée, saillante, dont le centre est plutôt déprimé, souvent légèrement squa-

meux, tendant à la régression cicatricielle ; souvent symétrique et d'évolution aiguë ou subaiguë, siégeant sur le visage, le dos des mains et les doigts.

6. — *Le lupus pernio* ou *lupus-engelure*.

Il se présente sous forme de plaques, plus ou moins diffuses, infiltrées, froides, rouge-violacées, indépendantes du froid et souvent douloureuses à tendance cicatricielle sans ulcération. Siège sur les parties découvertes du corps. La vitro-pressure met en évidence des taches jaunâtres.

PERIODE DES TUBERCULOSES ATYPIQUES

On admettait que les tuberculoses proprement dites étaient dues au Bacille de Koch lui-même, tandis que les tuberculines à ses toxines. Mais bientôt des notions nouvelles bactériologiques, biologiques et histologiques, certains résultats thérapeutiques inattendus ont bouleversé cette conception et battu en brèche les critères anatomo-pathologiques et bactériologiques considérés comme indispensables pour caractériser une lésion tuberculeuse, aussi bien cutanée que viscérale ; alors que dans le lupus ordinaire on trouvait difficilement des Bacilles de Koch, au contraire, dans l'érythème induré de Bazin, on pouvait le trouver plus facilement. La barrière séparant les tuberculides de la tuberculose proprement dite se trouvait ainsi abattue. On s'est aperçu, d'autre part, que le follicule tuberculeux, avec ses cellules géantes, ses cellules épithélioïdes et sa couronne de cellules lymphoïdes, que l'on considérait caractéristiques de la tuberculose, pouvait exister dans la syphilis, dans la lèpre, dans la mycose et dans le Bouton d'Orient.

Enfin la notion des tuberculoses non folliculaires

vint achever la mine du critère histologique. La bacillose non folliculaire est caractérisée par l'absence du follicule qu'il soit complet ou incomplet. Cette notion de tuberculose non folliculaire fut introduite définitivement par la thèse de Monsieur le Professeur GOUGEROT. Dans sa thèse, Monsieur le Professeur GOUGEROT décrit comment on est passé de la période de tuberculoses typiques : symptomatiques, anatomiques et histologiques à la seconde période qui mine la spécificité anatomique du follicule et du tubercule par les deux découvertes.

- 1) des tuberculoses sans follicules ni tubercules ;
- 2) des tubercules et follicules en dehors de la tuberculose.

Il y écrit notamment :

« L'histoire des tuberculoses cutanées atypiques commence avec BESNIER qui, au nom de la clinique, soutient l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. A la suite de la puissante impulsion donnée par LANDOUZY, les dermatologistes osèrent reconnaître la tuberculose en dehors du schéma étroit classique, ils admirèrent des tuberculoses atténuées chroniques peu ou pas destructives, curables ; ils formèrent peu à peu le groupe des tuberculoses cutanées atypiques (non folliculaires). »

C'est LANDOUZY qui, le premier, enseignait que le germe tuberculeux produit tantôt des tubercules et follicules, tantôt des lésions sans tubercules. Il cite comme premier exemple la pleurésie dite à frigore qui n'est pas toujours une tuberculose atypique.

La nature y est démontrée par les constatations de Bacilles de Koch chez des animaux auxquels on a inoculé le liquide pleural ou autre sécrétion prélevée au niveau d'une lésion que l'on suspecte être tuberculeuse. Mais en cas de résultat négatif il ne faut pas rejeter ce diagnostic : il faut donner une preuve bactériologique. Monsieur le Professeur GOUGEROT a insisté sur ce point, en disant qu'il ne faut pas rejeter le diagnostic de tuberculose si la tuberculinisation du cobaye, la reproduction expérimentale ou l'une des méthodes tuberculiniques (à la tuberculine sous-cutanée, à l'ophtalmo-réaction, à la cuti-réaction, etc.) sont négatives ; la preuve bactériologique doit être faite pour prouver l'existence d'une lésion tuberculeuse.

Les méthodes qui ont servi à la démonstration des tuberculoses cutanées atypiques sont multiples :

— Les méthodes cliniques furent les premières employées.

— Puis on s'est attaché à la démonstration par les intermédiaires anatomiques : faits de passage entre les tuberculoses typiques et atypiques.

— Enfin les méthodes bactériologiques :

— Constatation directe du bacille.

— Inoculation positive au cobaye.

— Tuberculines : en injections sous-cutanées, cuti-réaction, ophtalmo-réaction.

— Séro-diagnostic.

— Reproduction expérimentale.

Ensuite Monsieur le Professeur GOUGEROT a décrit

différentes tuberculoses atypiques en démontrant leur origine tuberculeuse. On lit dans sa thèse (p. 83) :

« J'ai pu donner la même preuve dans toute une série de dermatoses que la clinique seule avait affirmée et en collaboration avec LAROCHE, j'ai reproduit expérimentalement les tuberculides cutanés non folliculaires. J'ai donné la preuve du bacille dans une des méningites et dans un cas d'encéphalite, j'ai reproduit, avec TROISIER, expérimentalement la méningite non folliculaire »

et plus loin :

« ...j'ai cité les deux premiers cas d'endocardites infantiles prouvées par l'inoculation au cobaye ». Les preuves de ces expériences sont appuyées par des examens bactériologiques :

« J'insiste sur la valeur de ces démonstrations appuyées, non sur les seules coexistences, cliniques, mais sur des preuves bactériologiques ».

Dans les tuberculoses non-folliculaires, dit l'auteur, il y a :

« Absence de bacille dans les lésions, résultats négatifs des inoculations, réactions inconstantes ou nulles aux injections de tuberculine ».

Mais il faut tenir compte dans la classification que :

« entre les groupes existent toutes les transitions, la série des lésions est continue et de virulence décroissante. Il apparaît de plus en plus que les tuberculoses ne sont que des tuberculoses locales dues à l'action locale de Bacille du Koch, autrement dit des bacillooses non-folliculaires. »

La deuxième période a remplacé la définition anatomique par la définition causale et a abouti à la conception pathogénique :

« bacilliose, maladie toxi-infectieuse définie par le germe tuberculeux, maladie aux manifestations cliniques et aux réactions anatomiques et histologiques extrêmement polymorphes ».

Aussi DARIER proposa en 1923 de remplacer le terme de tuberculides par celui de tuberculoïdes, indiquant, disait-il, les relations possibles des affections ainsi dénommées avec la tuberculose sans impliquer qu'elles soient nécessairement de nature tuberculeuse.

Mais cette nouvelle conception ne suffisait pas ; la guérison par un traitement spécifique, mercuriel, bismuthé ou arsenical, de lésions cutanées ayant tous les caractères de certains tuberculides : érythème induré, lupus érythémateux, tuberculides papulo-nécrotiques et certains sarcoïdes. Aussi la découverte des formes granuleuses ou des formes filtrantes du Bacille de Koch, les résultats fournis par les hémocultures, en particulier par les hémocultures positives obtenus avec les milieux à l'œuf de Lœwenstein, rendirent indispensable la révision complète de la conception de DARIER.

PAUTRIER, en 1926, propose une nouvelle classification des tuberculoses cutanées ; après lui une autre fut donnée par SCHAUMANN.

CLASSIFICATION DE THULLIEZ

Plus récemment, THULLIEZ, dans une série d'articles du « *Bruxelles médical* » a tenté une mise au point de la question, résumant les conclusions de ces deux auteurs, les siennes ne différant des précédentes que par des nuances. Il a donné une nouvelle conception étiologique (voir tableau page 22) qui admet :

A. DES DERMATOSES DONT L'ORIGINE TUBERCULEUSE EST CERTAINE,

dans lesquelles on distingue deux groupes :

Les tuberculoses cutanées typiques et les tuberculoses cutanées atypiques.

1. *Les tuberculoses cutanées typiques*

qui comprennent le groupe des tuberculoses proprement dites de DARIER, c'est-à-dire :

- ulcère tuberculeux
- tuberculose verruqueuse
- gomme tuberculeuse
- tuberculose fongueuse
- lupus tuberculeux

CLASSIFICATION DE THÜLLIEZ

A. DERMATOSES (quasi) certainement tuberculeuses	<i>Tuberculoses cutanées typiques</i>	- Ulcère tuberculeux. - Tuberculose verruqueuse. - Gomme tuberculeuse. - Tuberculose fongueuse. - Lupus tuberculeux.
	<i>Tuberculoses cutanées atypiques</i>	- Lichen scrofulosorum. - Tuberculides papulo-nécrotiques. - Erythème induré de Bazin. - Lupoïdes miliaires disséminées.
B. DERMATOSES probablement tuberculeuses	<i>Maladie de Besnier-Boeck</i>	- Sarcoïdes dermiques. - Angio-lupoïdes. - Lupus pernio.
	<i>Lupus érythémateux.</i>	
C. DERMATOSES dont l'origine tuberculeuse est discutable ou incertaine	<i>Sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy.</i>	
	<i>Sarcoïdes noueuses disséminées de Darier.</i>	
	<i>Erythème noueux.</i>	
	<i>Granulome annulaire.</i>	
	<i>Lichen nitidus.</i>	
	<i>Parapsoriasis.</i>	
	<i>Etc..., Etc...</i>	

A ce groupe, il faut ajouter (WEISSENBACH ET LÉVY-FRANCKEL)

— le microlupus folliculaire disséminé décrit par WEISSENBACH et LÉVY-FRANCKEL ; le microlupus siège à la face, se manifestant par un grand nombre d'éléments légèrement papuleux, dont la dimension ne dépasse pas celle d'une tête d'épingle. Ces éléments sont de couleur rosée. Ils ne disparaissent pas par la vitro-pression ; il persiste un grain jaunâtre. Ces auteurs proposent de classer cette dermatose en raison de son élément caractéristique, le tubercule lupique, dans le cadre du lupus vulgaire ou de Willan.

2. *Les tuberculoses cutanées atypiques.*

Dans ce groupe, le Bacille de Koch peut être trouvé, mais il ne l'est pas d'une façon constante ; l'inoculation au cobaye et la culture peuvent être obtenues ; la réaction focale à la tuberculose est, en général, positive ; ce groupe comprend :

- Le lichen scrofulosorum ;
- les tuberculides papulo-nécrotiques ;
- les lupoïdes miliaires ou lupus folliculaire disséminé, antérieurement rattaché aux sarcoïdes ;
- l'érythème induré de Bazin.

Alors que les tuberculoses cutanées typiques sont d'origine externe et dues au Bacille de Koch lui-même, les tuberculoses cutanées atypiques seraient provoquées par des germes filtrants parvenant à la peau par la voie sanguine chez des sujets en état

d'allergie. La réaction de défense de l'organisme détruirait les colonies microbiennes d'où la rareté ou l'absence de bacilles et la tendance fréquente de ces dermatoses à la guérison spontanée.

B. DES DERMATOSES DONT L'ORIGINE TUBERCULEUSE EST PROBABLE

et que PAUTRIER appelle tuberculides. Ce sont :

1. — *La maladie de Besnier-Boeck*

ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann. C'est une réticulo-endothéliose généralisée, dont les lésions prédominent sur le système lymphatique ; les localisations cutanées ne sont pas essentielles, ni constantes.

Structure histologique : ce sont des nappes de cellules épithélioïdes et des amas de lymphocytes formant des nappes distinctes : les lymphocytes formant des bandes qui coupent les amas épithélioïdes.

Chimiquement ce sont des petites élevures hémisphériques dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui d'un pois et qui, d'abord rouges ou rosées, deviennent brunâtres ; la consistance en est demi-molle. L'évolution se fait par poussées et laisse une teinte pigmentée ou une cicatrice blanchâtre. — D'après SCHAUMANN, l'agent responsable serait une forme non acido-résistante, lymphotrope et atoxique du Bacille de Koch.

La maladie de Besnier-Boeck comprend :

— les sarcoïdes dermiques ;

— l'angiolupoïde de Brocq, caractérisé par l'existence de plaques saillantes arrondies ou ovalaires d'un rouge violacé. Ils siègent à la face . Au toucher elles donnent une sensation d'infiltration molle ;

— le lupus pernio.

Leur origine tuberculeuse est probable, mais n'est prouvée que par un très petit nombre de faits.

2. — *Le lupus érythémateux.*

où les rapports avec la tuberculose sont douteux. En trente ans, sur un nombre considérable d'inoculations, on a obtenu environ 15 résultats positifs. Par la méthode de Löwenstein sur 137 cas, 90 ont été négatifs, et 47 seulement positifs ; l'histologie ne montre que des nodules lymphocytaires d'infiltrat dermique, autour des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes sudoripares. C'est ces données qui font entrer le lupus érythémateux dans ce groupe. On n'a jamais décelé un Bacille de Koch dans un lupus érythémateux. Mais très souvent, les réactions, sérologiques de la syphilis sont positives, et le traitement, arsenical ou bismuthé, guérit complètement les lésions ; aussi, certains auteurs admettent que le terrain hérédosyphilitique joue un rôle dans la genèse du lupus érythémateux.

C. DES DERMATOSES DONT L'ORIGINE TUBERCULEUSE EST DISCUTABLE OU INCONSTANTE.

Ce groupe comprend :

— *Les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy.*

Dans les sarcoïdes hypodermiques la constatation du Bacille ou l'inoculation au cobaye sont exceptionnels. Le traitement spécifique guérit ces lésions, d'autre part, on trouve des nappes de cellules épithélioïdes dans l'hypoderme et quelquefois même des follicules tuberculeux caractéristiques. Aussi admet-on généralement qu'il s'agit d'un syndrome, où la tuberculose, la syphilis et peut-être d'autres affections encore inconnues, jouent chacune un rôle.

— *Les sarcoïdes noueuses disséminées.*

(sarcoïde-néoplasie ressemblant au sarcome). Elles présentent parfois histologiquement une certaine analogie avec l'érythème induré et parfois elles se présentent comme une réticulo-endothéliose rappelant la lymphogranulomatose bénigne.

THULLIEZ y ajoute :

— *Le granulome annulaire.*

Ce sont des papules plates, qui s'accroissent en s'étalant et deviennent alors circinées ou annulaires : le centre s'affaisse, la bordure reste seule, large de 1 à 2 mm, rose pâle, indurée et indolente. L'évolution dure des mois et des années.

— *Le lichen nitidus.*

— *L'érythème noueux* caractérisé par des nouures multiples, violacées, douloureuses, dures et souvent

purpuriques qui simulent des contusions multiples des membres inférieurs. Il apparaît souvent comme le premier signe, surtout chez l'enfant, d'une tuberculose viscérale ou méningée. Pour Monsieur SÉZARY, il est sage de considérer tout enfant atteint d'érythème noueux comme menacé de méningite tuberculeuse ; d'autre part, on cite des exemples d'érythème noueux épidermique, syphilitique et médicamenteux.

— *Les parapsoriasis.*

Eruptions psoriasiformes, mais ne donnant pas au grattage les signes du psoriasis, très tenaces, rebelles au traitement du psoriasis.

CONCLUSIONS

La conception actuelle des tuberculoses cutanées est provisoire et sujette à révision. Si on démontre que le Bacille bovin est l'agent de la lymphogranulomatose bénigne, on mettra cette affection dans le groupe des tuberculoses cutanées atypiques, tandis que les tuberculides dans lesquelles on n'a jamais trouvé de Bacilles de Koch seront placées parmi les dermatoses dont l'origine tuberculeuse est discutable.

Certains auteurs et en particulier MILIAN, proposent de réserver le nom de tuberculides aux dermatoses relevant d'une étiologie tuberculeuse, comme on appelle syphilides, celles qui sont provoquées par le tréponème ou léprides, celles qui sont dues aux accidents cutanés de la lèpre.

Cette classification paraîtrait plus logique. Elle introduira dans la nomenclature dermatologique une grande homogénéité. Mais elle ne deviendra possible qu'avec l'introduction de notions certaines sur l'existence des diverses formes de Bacille de Koch et sur le rôle respectif de ses différents types, humain, bovin ou aviaire, ce qui est en rapport avec le progrès de la technique histo-bactériologique.

Aussi SCHMIDT a raison quand il dit, en parlant de tuberculoses cutanées atypiques, que « la question de l'étiologie des tuberculides n'est pas encore prête d'avoir sa solution ».

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU

Vu : le Président de thèse,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- Journal de Médecine de Paris, N° 11, 18 mars 1937.
 - Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphilographie, 10 janvier 1936 (page 64).
 - Les « Bruxelles médicales », 10 mai 1936, 17 mai 1937, 24 mai 1937.
 - La dermatologie en clientèle, Gougerot.
 - Thèse de 1908, de M. le Professeur Gougerot.
 - Précis de Dermatologie, Darier.
 - Archiv für Dermatologie und syphilis, article de M. Schmidt.
-

Angers. — L'imprimerie de l'Anjou. 21 bould Gaston-Dumesnil



